

ANNÉE 1926

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ANDRÉ AMELINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie de la Faculté

Né à Confolens (Charente), le 29 Janvier 1894

Travail de la Clinique Thérapeutique Chirurgicale
(Professeur P. DUVAL)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
Stases chroniques graves du Cæco-ascendant
AVEC COLITE PARIETALE

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0053

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ANDRÉ AMELINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie de la Faculté

Né à Confolens (Charente), le 29 Janvier 1894

Travail de la Clinique Thérapeutique Chirurgicale
(Professeur P. DUVAL)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

Stases chroniques graves du Cœco-ascendant

AVEC COLITE PARIETALE

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TRIFFANEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène et médecine préventive.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	METZGER	Obstétrique.
CHAMPY	Histologie.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	PHILIBERT	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	RIBIERRE	Pathologie médicale
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VERNE	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VILLARET	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.	VELTER	Ophthalmologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LEREBOULLET. . Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LÉPER. Clinique médicale.
PROUST. Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRÈRE RAYMOND

ETUDIANT EN MÉDECINE

disparu à Sed-ul-Bahr (Dardanelles), le 21 juin 1915.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE VAUGIRARD

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

H. F. R. C. S.

*En hommage pour le très grand
honneur qu'il m'a fait en accep-
tant de présider cette thèse.*

*En témoignage de respectueux atta-
chement et de profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dont nous fûmes l'élève bénévole,
l'externé, puis l'interne, et qui fut
notre Maître bienveillant et affec-
tueux.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage bénévole

1912 M. LE DOCTEUR ANDRÉ BERGE (*in memoriam*) (Broussais).

1913 M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU (*Lariboisière*).

Stage

1913 M. LE DOCTEUR OETTINGER (*Cochin*).

Externat

1914 M. LE DOCTEUR POTHÉRAT (*in memoriam*)
(*Hôtel-Dieu*).

1919-1920 M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU (*Cochin*).

1920-1921 M. LE DOCTEUR LESNÉ (*Trousseau*).

Internat provisoire

1921-1922 M. LE PROFESSEUR F. DE LAPERSONNE
(*Hôtel-Dieu*).

M. LE PROFESSEUR TERRIEN.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VELTER.

Internat

1922-1923 M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU (*Maison Dubois*).

1923-1924 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANS. SCHWARTZ
(*Necker*).

1924-1925 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. GRÉGOIRE
(*Tenon*).

1925-1926 M. LE PROFESSEUR P. DUVAL (*Vaugirard*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET.

M. LE DOCTEUR J. GATELLIER.

A MM. LES DOCTEURS J.-C. ROUX, H. BÉCLÈRE,
FR. MOUTIER, R. GOIFFON

A MON AMI, LE DOCTEUR PORCHER,

qui nous ont conseillé et guidé.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR NICOLAS.

M. LE PROFESSEUR CUNÉO.

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE.

*En témoignage reconnaissant de la
bienveillance qu'il nous a toujours
montrée et des conseils qu'il nous
a donnés.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE.

A MESSIEURS

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉON BINET.

A MESSIEURS

LE DOCTEUR B. DESPLAS.

LE DOCTEUR A. MARTIN.

LE DOCTEUR G. KUSS.
chirurgiens des hôpitaux

LE DOCTEUR MONTBRUN.

LE DOCTEUR PRÉLAT.
ophtalmologistes des hôpitaux

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES, ACCOU-
CHEUR DES HÔPITAUX.

LE DOCTEUR RENÉ MOREAU, MÉDECIN DES
HÔPITAUX.

A MM. LES DOCTEURS J. QUÉNU, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX,
et B. FEY

*qui furent pour moi des Maîtres et
des amis.*

A MM. LES DOCTEURS A. MAURER, A. RICHARD,
S. OBERLIN, L. AUROUSSEAU

Introduction

Il a été beaucoup écrit, depuis 20 ans, sur la stase intestinale chronique.

Et si l'accord semble réalisé au point de vue clinique, il n'en est pas de même au point de vue thérapeutique. Lorsque l'on juge avec quelque impartialité des résultats éloignés, beaucoup d'entre eux laissent à désirer. Il nous a semblé intéressant, dans ce domaine un peu vaste de la stase intestinale chronique, et après avoir médité les nombreuses observations que notre maître M. le professeur P. Duval nous a mis à même de compulsuer, de nous limiter volontairement à un chapitre de la question.

Nous verrons plus loin que, s'il faut grouper et classer les causes des résultats imparfaits, on peut invoquer :

1° Les erreurs ou les insuffisances de diagnostic :

Erreur de diagnostic grossière : confondant une stase transverse ou gauche avec une stase droite.

Insuffisance de diagnostic : méconnaissance d'une stase gauche associée à une stase droite; stase légère, « médicale » prise pour une stase invétérée ou inversement.

2° Erreurs thérapeutiques :

Traiter par exemple une stase grave avec altérations pariétales par des opérations de dérivation, et seulement par des opérations de dérivation.

3° Méconnaissance de la physiologie normale et pathologique du cadre colique. Les beaux travaux de M. le professeur P. Duval et de ses élèves Weiss et Porcher, nous ont révélé des « colisations » du grêle après colectomie, ou des reconstitutions d'un pseudo-cœcum après hémicolectomie, expliquant clairement le mécanisme de certaines suites opératoires jusque là un peu mystérieuses.

Nous nous limiterons à l'étude d'une variété bien définie de stase intestinale chronique : la stase isolée du cœco-ascendant, entendant sous ce nom l'hémi-colon droit.

Il est individualisé par son anatomie et en particulier son évolution embryologique, et ses pédicules lymphoganglionnaires.

Plus encore par sa physiologie : véritable segment digestif, siège de résorption aqueuse, d'absorption et vraisemblablement de digestion, il possède des mouvements propres, péristaltiques à ondes courtes continues et à larges ondes espacées, et antipéristaltiques d'une importance primordiale puisqu'ils sont exaltés à l'état pathologique.

De plus, nous entendons n'étudier que les formes graves de stase droite. Suivant la classification en trois degrés proposée par P. Duval, nous n'étudierons que celles accompagnées de lésions de colite pariétale; l'affection ainsi comprise étant relativement rare mais très grave, légitimant parfaitement un traitement chirurgical. En définitive, il s'agit de typhlo-colites avec stase, terme qui nous paraît ne préjuger en rien de la pathogénie de la maladie.

Au point de vue thérapeutique la question paraît maintenant jugée, et seule l'hémicolectomie droite semble être

le seul traitement chirurgical logique. Mais existe-t-il un critérium de gravité des lésions ? Où trouvons-nous les indications opératoires ? Dans la clinique seule, ou le laboratoire, ou la radiologie ? Il nous a semblé que l'étude serrée de quelques cas sérieux pouvait seule nous fournir les notions susceptibles de justifier le titre de ce travail.

I. Eléments cliniques

L'étude clinique seule peut-elle fournir des indications sur la gravité de la stase droite et sur les altérations du cœco-ascendant ? Voici le tableau schématique que nous avons cru pouvoir tracer d'après nos observations.

TROUBLES FONCTIONNELS.

Dans les formes de longue durée, les *crises* isolées qui semblent caractériser les formes de début ont à peu près disparu. Il existe un *fond douloureux continu*, qui nous a paru absolument constant. C'est une sensation de pesanteur continuelle, gravative et sourde, dans la fosse iliaque droite et le flanc. Elle est accrue dans la station debout, pendant la marche ou l'effort. Elle ne cède ni au repos, ni au décubitus latéral gauche, ni au massage de la fosse iliaque droite comme on l'observe dans les cas légers. Au total cette continuité des sensations douloureuses semble constituer un argument important pour la gravité de la stase. Par contre il existe sur ce fond douloureux continu, des *exacerbations*. Certaines ont des causes bien déterminées : surcharge alimentaire, intoxication digestive. D'autres relèvent plus simplement de la réplétion physiologique du cœcum.

Brusquement, entre 4 et 6 heures après le repas, survient une sensation de colique, de ballonnement ou de torsion, accompagnée d'état nauséux et d'altération du faciès. Il serait faux de croire qu'une abondante évacuation diarrhéique ou gazeuse vienne constamment marquer la terminaison de ces crises. En effet, ces débâcles, véritables regorgements cœcaux (d'ailleurs attestés au point de vue coprologique par des selles à type cœcal) ne se peuvent plus observer dans les formes graves, invétérées, du seul fait de l'atonie du cœco-ascendant.

La constipation — second terme fonctionnel — paraît signifier la gravité par sa constance absolue. Les débâcles diarrhéiques spontanées n'existent guère, et certains malades n'obtiennent cinq ou six exonérations par mois qu'à l'aide de laxatifs.

Nous retrouverons plus loin les résultats de l'examen coprologique.

SIGNES PHYSIQUES.

Les données de l'examen physique sont, comme toujours en matière de stase intestinale chronique, assez restreintes.

Il faut avant tout insister sur la constance des signes physiques, qu'on retrouve à toutes les heures de la journée, sans qu'intervienne l'horaire de la digestion cœcale.

La palpation pratiquée en décubitus dorsal, puis en décubitus latéral gauche perçoit toujours le cœco-ascendant distendu, gargouillant et douloureux.

Le gargouillement, perçu hors des limites de réplétion

physiologique du cœcum, présente une certaine importance.

Le palper montre aussi le nombre des plages douloureuses : fond du cœcum, bord externe du cœco-ascendant, bord interne jusqu'au rachis; correspondant peut-être à ces adénopathies du méso que nos examens macroscopiques nous ont toujours permis de retrouver.

De plus, il n'est pas rare de constater une mobilité du côlon droit qui « fuit » véritablement le flanc et la fosse iliaque droits dans le décubitus latéral gauche.

Une autre manœuvre — pression de haut en bas sur le cœco-ascendant — permet de réaliser cette distension gazeuse du cœcum qui, dans ces cas, est toujours douloureuse.

Le tympanisme de la fosse iliaque est constant.

L'auscultation, combinée à la manœuvre du refoulement permet d'entendre de légers bruits gazeux et même (insuffisance valvulaire ? nous ne pourrions actuellement l'affirmer) des bruits en fusée plus prolongés.

SIGNES GÉNÉRAUX.

En fait, ils permettent presque à coup sûr d'établir le bilan des malades et d'affirmer la gravité de la stase par l'apparition d'un *syndrome d'intoxication*.

1° Amaigrissement :

Constant, considérable, ne manquant dans aucune des observations compulsées. Il n'est pas rare de lui voir atteindre 1/6, 1/5 du poids normal des malades;

2° *Insuffisances sécrétoires :*

Toujours manifestes, surtout du côté des glandes digestives annexes.

La légère insuffisance hépatique se traduit par une tendance aux hémorragies, une augmentation du temps de coagulation, parfois des signes urinaires. L'insuffisance pancréatique apparaît moins nettement.

Les instabilités thyroïdienne et surrénale s'observent avec assez de fréquence (thèse Mercier).

3° *Troubles nerveux :*

Absolument constants et caractéristiques.

Céphalée, diurne, nocturne;

Vertiges matutinaux;

Tendances aux syncopes;

Etat de nervosisme extraordinaire;

Psycho névroses, angoisse, émotivité;

Nous insistons surtout sur l'état de lassitude que toutes nos malades accusaient, et qui les rendaient impropres à tout travail;

4° *Système neuro-végétatif :*

Troubles presque constamment d'ordre vago-tonique : palpitations, sensations d'oppression, cyanose des extrémités, salivation facile, hypotension générale;

5° *Troubles gastriques :*

Souvent complexes. Dans quelques cas on observe une dyspepsie sensitivo-motrice relevant d'insuffisances musculaires. Mais dans quelques observations il nous a sem-

blé que ces troubles gastriques revêtaient une particulière complexité. En particulier, dans les cas de stase avec colon mobile, un syndrome d'occlusion duodénale chronique vient souvent compliquer la scène;

6° *Troubles génitaux :*

Nous avons noté des insuffisances ovariennes, de la frigidité, la coexistence d'ovarite scléro-kystique;

7° *Troubles urinaires :*

Constants et bien connus (Heitz-Boyer, P. Duval, J.-C. Roux). Les décharges coli-bacillaires peuvent expliquer certains troubles post-opératoires.

En résumé, dans ces stases graves, l'altération de l'état général, les troubles cutanés, nerveux, l'amaigrissement surtout (facteur de ptoses complexes venant corser le tableau clinique) font des malades des infirmes.

Nous insistons sur ces « valeurs sociales » absolument nulles qu'ils représentent, et sur la durée de l'affection non traitée chirurgicalement. Telle de nos malades, depuis dix ans, vivait en infirme; telle autre souffrait depuis quinze ans (obs. Bérard. Soc. chir., Lyon 1923); telle autre depuis *vingt ans* (obs. Dumas, Soc. chir., Paris 1922).

II. Syndrome humoral (sang, urines)

L'étude des altérations sanguines nous a permis de juger, sinon du degré exact des lésions pariétales, au moins de leur chronicité, donc de leur gravité. Les modifications de la formule sanguine n'apparaissent en effet, et ne persistent, que dans les formes graves de stase cœco-ascendante.

Nous rappellerons les travaux d'Enriquez, de Caspérin, d'Antoine, et surtout les recherches de Lœper sur l'anémie des colitiques.

Cette anémie est constante, à 3.500.000, 3.000.000 et moins.

Nous avons presque toujours observé une légère leucocytosé avec mononucléose confirmant les résultats d'Antoine. La polynucléose paraît appartenir aux poussées aiguës, ou aux associations avec une infection aiguë (péritonéale, urinaire).

Rappelons que Lœper, étudiant des typhlocolitiques avec flore abondante, a reconnu une diminution de la résistance globulaire qu'il attribue à une substance hémolytique provenant soit de la prolifération microbienne, soit plutôt de produits cytolytiques issus des lésions de la muqueuse.

Le temps de coagulation est toujours augmenté. Nous avons trouvé, dans nos observations personnelles, comme dans les autres, des temps de 12', 16', 18', souvent plus.

Le taux d'urée sanguine est normal en général.

L'analyse des urines permet de mettre en évidence deux faits importants :

a) Fréquence de la colibacillurie, que nous retrouvons dans près de deux cas sur trois. Nous n'avons pas observé de pyélites ou de pyélonéphrites, mais nous ne pouvons que renvoyer aux observations si intéressantes de J.-C. Roux et Heitz-Boyer.

b) Fréquence de l'urobilinurie traduisant déjà la légère déficience hépatique. C'est là un élément à notre avis capital, et rien n'est aussi intéressant que l'observation n° 21. Nous voyons en effet une malade qui présentait des signes cliniques et humoraux d'insuffisance hépatique, succomber en 24 heures, vraisemblablement à une insuffisance hépatique suraiguë.

Ajoutons que pour O. Mercier, l'irritation du tissu rénal par les toxines digestives peut à la longue entraîner de l'albuminurie et de la cylindrurie passagères.

Nous n'insisterons pas sur l'indicanurie, banale et fréquemment constatée.

Syndrome coprologique

L'examen coprologique fournit des renseignements précieux, qui ne sauraient cependant servir isolément, hors du faisceau des arguments cliniques et radiologiques.

D'une façon générale, on a pu isoler un syndrome coprologique répondant aux stases cœcales graves (Goiffon, R. Gaultier). Nous ajouterons que le syndrome coprologique post-opératoire doit être suivi avec attention : il renseigne en effet sur ces suites d'hémi-colectomies droites qui méritent, à tous égards, une étude approfondie.

Nous rappellerons que, suivant l'expression de Goiffon, l'examen coprologique donne un instantané de l'état intestinal du malade. Les matières émises lors d'un état aigu transitoire ne renseignent pas sur l'état habituel du malade; celui-ci doit apporter la selle dont il se plaint habituellement.

Il est bon de s'abstenir de toute médication avant l'examen des selles (kaolin, bismuth, charbon); sans ordonner un régime spécial, il suffit de conseiller dans les trois ou quatre jours qui précèdent un peu de viande et de pommes de terre.

Les éléments à rechercher systématiquement, ceux qui

conduiront à admettre une réaction colitique grave, ont été ainsi classés par R. Goiffon.

PRODUITS DE LA MUQUEUSE DIRECTEMENT CONSTATABLES.

1° *Mucus* :

Signe banal d'irritation muqueuse; suppose d'abord une réaction aiguë et même n'irait pas sans une certaine intégrité de la muqueuse;

2° *Amas mucoïdes* (R. Goiffon) :

Accompagnent les colites chroniques tenaces, et se rencontrent (à l'inverse du mucus) aussi bien dans les selles molles que dans les selles moulées;

3° *Albumine dissoute* (réaction du collage au sublimé:

Signifie altération muqueuse profonde, organique, appartenant en réalité aux colites aiguës. Nous ne l'avons retrouvée chez aucun de nos malades;

4° *Eau des selles* :

La détermination du poids sec (22 p. 100 normalement) est très importante car la réaction la plus fréquente de la muqueuse colique avec irritation est l'exsudation aqueuse. C'est ainsi que lorsque manquent les signes coprologiques d'une évacuation rapide, et lorsque les selles ont un excès d'eau, un syndrome de « fausse diarrhée homogène » peut être décrit, qui échappe complètement à la clinique.

SIGNES INDIRECTS.

1° *Acides organiques et ammoniacque :*

Témoins de l'orientation de la flore intestinale.

La fermentation est « la dégradation bactérienne des hydrates de carbone qui viennent de l'alimentation : sucres, amidon, cellulose ».

Elle fournit surtout des acides organiques. La putréfaction étant la fermentation microbienne des albumines (quelles qu'elles soient); un des termes de dégradation est l'ammoniacque.

Les acides organiques sont diminués au cas de colite, et spécialement de colite droite. En effet, « ils sont produits par l'action bactérienne, aux dépens des hydrates de carbone, dans les régions ilio-cœcale et colique droite ».

L'ammoniacque n'existe qu'à l'état de traces dans la région ilio-cœcale, où les fermentations sont normalement presque seules en jeu.

Mais en cas de putréfactions précoces, dès le colon droit, on en décèle des taux assez élevés, indice d'une richesse trop grande du contenu du colon droit en sécrétions albumineuses, par conséquent indice de colite à droite;

2° *Amidon fixé :*

Normalement les fermentations cœcales achèvent de dissocier complètement l'amidon. En cas d'évacuation rapide, il apparaît dans les selles. Parfois s'observent (Goiffon) des plaques d'amidon fixé, amorphe, bleui par la coloration à l'iode. Pour cet auteur, il s'agirait là d'un

indice important de colite. « Ces résidus d'amidon sont parvenus normalement jusqu'au cœcum, où, le temps aidant, l'amylase du suc pancréatique et la flore microbienne auraient dû les faire disparaître complètement. Mais le milieu est devenu prématurément alcalin par suite soit d'une hypersécrétion de la muqueuse, soit d'une putréfaction précoce, qui sont tous deux signes de colite. Cette alcalinité anormale a inhibé l'amylase digestive et microbienne en la rendant inactive ».

3° Flore microbienne :

Les spirilles (qui vivent dans des milieux alcalins en présence d'albuminoïdes dont la désintégration est assez avancée) sont plus un indice de milieu que des agents pathogènes. Leur abondance dans les selles est un signe de colite, indiquant des putréfactions probables au début du gros intestin. La présence de *Blastocystis hominis* constitue pour Goiffon un critérium important de colite. La flore iodophile signe un transit colique précipité.

En résumé, on peut retrouver les syndrômes coprologiques suivants :

a) Selle de fermentation : réaction très acide; digestion de cellulose et amidon insuffisante; flore iodophile riche et variée; acides gras volatils et organiques totaux très augmentés; peu d'ammoniaque;

b) Selle de putréfaction : bonne digestion de tous les aliments; acides de fermentation faibles; ammoniaque abondante; spirilles.

Les deux types putréfaction et fermentation pouvant d'ailleurs être associés.

Les éléments qui permettent de conclure à la gravité des lésions pariétales semblent être : les amas mucoïdes, les putréfactions anormales (par rapport au syndrome moteur correspondant), la présence de spirilles.

Après hémicolectomie, nous avons constaté (malheureusement nombre de nos observations manquent d'examen coprologiques en série) que la plupart des malades présentent pendant trois ou quatre semaines des selles diarrhéiques spontanées. Puis, pendant plusieurs mois, des alternatives douloureuses de diarrhée et de constipation.

Les examens coprologiques montrent, un an et plus après l'intervention, la constance des éléments suivants :

- Très légère accélération du transit colique;
- Légère réaction colique (hypersécrétions, fermentations).

Le retour à la normale « coprologique » semble demander au moins 12 à 18 mois, souvent plus.

Syndrome radiologique

Nous rappellerons seulement les techniques habituelles de l'examen radiologique du côlon, en insistant spécialement sur les détails susceptibles de s'appliquer au cœco-ascendant.

En général on peut examiner l'intestin de trois façons :

Lavement opaque,

Ingestion opaque,

Insufflation.

De ces trois modes, lequel retenir ? Que demandons-nous dans ce cas particulier au radiologiste : une image statique, ou un contrôle, un « regard » de la physiologie pathologique du côlon droit ? Nous pensons que la physiologie radiologique est susceptible de nous fournir les renseignements les plus sûrs, les plus valables.

A vrai dire, l'image typique de stase droite sans altération muqueuse macroscopique n'existe pas.

Nous demanderons donc à la radioscopie plus le mode d'évacuation du colon droit que ses contours. Le lavement baryté permet d'apprécier l'aspect du côlon droit par le remplissage total de ce segment et par la distension qui en dessine au mieux les contours. Mais il offre le gros inconvénient d'interdire pratiquement le palper, dans la

mesure où il est nécessaire pour rechercher des adhérences possibles. En effet, chez le sujet normal, le remplissage complet du côlon s'accompagne du refoulement dans le cœco-ascendant, soit de matières, soit de gaz. La distension *anormale* ainsi créée entraîne des douleurs, de la défense de la paroi, provoque souvent un péristaltisme artificiel, et rend le palper pénible et inopérant. Il n'y a pas d'exemple de sujet normal n'accusant pas, après un lavement *complet*, une douleur au bord interne du cœco-ascendant. Les renseignements que l'on peut demander au lavement chez des colitiques droits sont pour cette raison des plus restreints. Nous conseillons tout au plus l'emploi du lavement chez les colitiques nettement atomiques, qui réagissent moins et supportent une distension souvent considérable du segment sans phénomènes douloureux. Il y a intérêt à donner au malade XX à XXX gouttes de belladone pendant deux jours, afin de provoquer le moins de réaction possible; dans ces conditions, et dans ces conditions seules, le palper profond, actif, est possible et utile.

La méthode de Fisher ajoute à ceux de l'insufflation les avantages du lavement. Elle n'est praticable qu'à la condition que l'évacuation de la baryte soit totale. Or, nous ne connaissons pas d'exemple de stasique droit évacuant en une seule selle la totalité de la baryte injectée.

Au total l'insufflation seule n'a d'intérêt que pour mettre en valeur les organes voisins.

Reste donc l'ingestion opaque, à laquelle nous accordons nos préférences. Elle permet de se faire une idée très exacte de la physiologie du segment; volumétriquement

d'abord, mécaniquement ensuite. Ceci sans apporter, comme le lavement, un trouble dans le péristaltisme colique. Le palper est facile, bien supporté, sans préparation spéciale. On apprécie plus facilement la mobilité du segment, ses déplacements parallèles avec les organes voisins. En préparant le malade par absorption massive on obtient une image du cœco-ascendant aussi « complète » et moins artificielle que par le lavement.

En définitive nous avons retenu comme arguments radiologiques de gravité de stase :

1° La diffusion des douleurs, siégeant tout le long du bord interne du cœco-ascendant, répondant vraisemblablement aux adénopathies du méso-colon; peut-être aux lésions de névrite retrouvées à l'anatomie pathologique;

2° La durée de la stase, sans cependant l'enfermer dans le cadre d'un horaire trop rigoureux. Au-delà de 72 heures, une stase dans le cœco-ascendant est véritablement sérieuse. Un malade du docteur H. Bécclère (communication orale que nous devons à son extrême obligeance) conserva la substance opaque pendant *deux mois et demi*. Le cœco-ascendant apparaissait comme muni d'un étroit poulloir clair, au milieu d'un cylindre opaque de gélobarine....;

3° Enfin, le contrôle répété de l'inefficacité de la thérapeutique médicale.

Anatomie pathologique

L'étude d'un certain nombre de pièces d'hémicolectomie, pour stase invétérée, nous a permis d'affirmer la constance de certaines lésions. Nous n'insisterons pas sur les lésions macroscopiques péricoliques rencontrées à peu près constamment et aujourd'hui bien connues : cœcum pelvien, cœco-ascendant entièrement mobile avec méso non accolé sur plusieurs centimètres, membranes péricoliques, accollement intime, indissociable du cœco-ascendant et de l'hémitransverse, etc.

Sur les conseils du docteur Fr. Moutier, dont l'obligeance voulût bien réaliser pour nous la plupart des examens anatomo-pathologiques, nous avons prélevé systématiquement sur la plupart des pièces les fragments suivants :

- Paroi cœcale (fond).
- Paroi au niveau de l'angle droit.
- Coupe de l'appendice avec le méso attenant (sauf, bien entendu, dans les cas — assez fréquents — d'appendicectomie antérieurement réalisée).
- Fragment de méso-colon.
- Un ou plusieurs ganglions du méso-colon.

Ces examens n'ont fait que confirmer les lésions de colite pariétale, et surtout les lésions des mésos, des ganglions, de la musculature, qui présentent toutes le même caractère de chronicité. Il ne s'agit plus de colite muqueuse, mais bien de « colite pariétale », suivant l'expression de M. le professeur P. Duval et J.-C. Roux, attestant l'ancienneté de l'affection, sa sévérité, et légitimant parfaitement la nécessité d'un traitement chirurgical.

MACROSCOPIQUEMENT.

Nous avons été frappé par l'inégalité d'épaisseur des parois intestinales. Le fond du cœcum est presque toujours assez épaissi. Par ailleurs et surtout sur la face antéro-interne, la paroi intestinale est d'une minceur extraordinaire, blanchâtre, atone, donnant l'impression d'un sac inerte sans pouvoir contractile. Après injection d'eau sous pression nous avons souvent constaté au niveau du colôn ascendant, de véritables hernies sous séreuses traduisant l'insuffisance de la musculature : ceci sur de larges plages de 2 cm ou plus de diamètre, ne pouvant par conséquent pas être assimilées à des diverticules du côlon.

L'adénopathie des mésos (voir thèse Briant) est constante, plus marquée au niveau de l'angle iléo-cœcal où nous avons toujours rencontré 5 à 6 ganglions dont les plus gros atteignaient près de 2 cm de longueur. De plus, le long du cœco-ascendant, nous avons toujours constaté la présence des ganglions du groupe para-colique, premier relai toujours pris, coexistant fréquemment avec des plaques de méésentérite.

MICROSCOPIQUEMENT.

Nous ne pouvons mieux faire que citer quelques examens qui nous ont paru caractéristiques.

— Cist... (37 ans, op. 15 mai 1922). Au niveau d'une plaque de mésentérite. *Tissu conjonctif* adulte, à noyaux rares, par plages très denses, pauvres en capillaires.

Placards plus jeunes, riches en néo-capillaires.

Les îlots conjonctifs semblent en général s'orienter au début autour de vaisseaux capillaires probablement néo-formés. Les capillaires sont proportionnellement remarquablement larges.

Deux de ces petits vaisseaux présentent une prolifération nette avec épaississement pariétal.

— Gr... (24 ans, op. 21 juin 1922. Colect. droite). Côlon à distance du cœcum : *infiltration lymphoïde* discrète.

Au niveau des plis, formations lymphoïdes bénignes; sous l'influence de l'hypertrophie et de la néoformation de follicules clos la muqueuse éclate, l'épithélium tombe, il y a exulcération.

— M. de K... (malade de ville 1923. Docteur Moutier). Ganglions actifs du type semi homogène, semi-différencié.

Colite chronique portant essentiellement sinon exclusivement sur les *formations conjonctives* (sous séreuse et sous-muqueuse) : sclérose, néoformations vasculaires, artérite, vascularite oblitérante. Il y a de nombreuses mastzellen dans la sous-séreuse. *Musculature amincie*,

muqueuse peu développée. Il y a *réduction* et non hyperplasie de l'appareil lymphoïde.

— Be... (mars 1924. Hémicolectomie droite).

Il existe par endroits une atrophie *brusquée* de la musculieuse qui se réduit à une bande étroite, où se confondent circulaires et longitudinales, et qui ne présente plus que un cinquième ou un sixième de la hauteur normale.

Muqueuse pas très altérée, mais *réduction* des follicules clos.

— M.: Eugénie (op. novembre 1925).

Ganglions semi-homogène, semi-différenciés avec extension du système lymphoïde vers les sinus.

Colite chronique : *atrophie de la muqueuse*, réduction des glandes et des cellules muqueuses. Hyperplasie lymphoïde sous-muqueuse.

— B... Marie (19 ans. Novembre 1925).

Colite chronique. *Atrophie pariétale dans son ensemble* (muqueuse, musculieuse).

— Lall... (10 mai 1926).

Appendicite chronique à *tendance atrophique*. Atrophie très marquée de la muqueuse. Nappe lymphoïde dissociée par la sclérose. Grosse réduction de la musculieuse; nombreux éosinophiles dans la sous-muqueuse.

Ganglions : les uns à type homogène, les autres à type semi-homogène, semi-différencié. *Atrophie notable* du tissu lymphoïde central. Il existe une dilatation remarquable des sinus corticaux et médullaires avec tendance à la disparition du tissu noble par plages. Remarquable

stase à la périphérie des ganglions. En résumé adénopathie *chronique à tendance atrophique*.

Côlon : épaisseur des parois coliques *très inégale*, les différences portant non sur la sous-muqueuse que n'épaissit guère de sclérose anormale, mais sur la musculieuse au niveau de laquelle se reconnaissent de la *vascularite* et de la NÉVRITE.

Méso : *sclérose sous-péritonéale légère*.

Que conclure de ces résultats ? C'est que les altérations, pour discrètes qu'elles soient, portent toutes la même marque : atrophie et sclérose.

Atrophie de la muqueuse, remarquable atrophie de la musculieuse, adénopathies chroniques à type atrophique, sclérose sous-muqueuse et sous-péritonéale. On conçoit qu'ainsi transformé, le cœco-ascendant devienne un sac inerte, non contractile, réceptacle de stase, et douloureux par altérations névritiques. Ne peut-on pas envisager ces altérations névritiques comme génératrices de troubles divers à distance, d'ordre vago ou sympathicotonique ? C'est là un problème captivant qui n'a pas encore reçu de solution.

Thérapeutique

Les malades qui arrivent au chirurgien ont suivi le plus souvent les traitements les plus variés. Nous n'avons pas à étudier ici le traitement médical des stases graves cœco-ascendantes. Ce que nous savons de l'anatomie pathologique nous explique assez clairement ses échecs.

Peut-il seulement donner à ces intoxiqués, à ces non-valeurs sociales, une existence à peu près supportable ? Nous ne le croyons pas, car nous avons vu toujours persister les douleurs et les symptômes d'intoxication.

Reste la thérapeutique chirurgicale. A ce sujet il est extrêmement instructif de suivre les étapes du traitement depuis vingt ans.

Au début, comme il se produit malheureusement souvent, la thérapeutique aveugle fit bon marché :

- De la physiologie colique normale.
- De la physiologie des anastomoses intestinales.
- Et même de l'anatomie pathologique.

On traita le cadre colique comme un réservoir partout inerte dont il fallait amener la vidange.

De là des échecs, de là des résultats incomplets.

En matière de stase droite ces déplorables interventions sont maintenant jugées et l'iléosigmoïdostomie (latéro-

latérale ou par implantation) entraînent des accidents tels de reflux colique que les manifestations de la stase en sont aggravées.

Par contre la cœco-sigmoïdostomie apparaît comme une excellente opération dans les stases droites de moyenne gravité. De technique simple, d'exécution rapide, elle donne des résultats tout à fait satisfaisants en drainant le trop plein du cœcum. Le professeur P. Duval et J.-C. Roux, apportant une belle contribution à la physiologie des anastomoses intestinales, ont étudié longuement et contrôlé le fonctionnement des cœco-sigmoïdostomies. Ils formulent ainsi leur conclusions : « Il ne faut demander à l'anastomose que de drainer le colon droit, de le drainer de son contenu s'il est atonique, de le drainer de ses sécrétions pathologiques s'il y a typhlite chronique.

L'anastomose est un trop plein si l'on peut dire.

Elle ne doit que soulager le côlon droit en permettant le cours régulier des fèces. L'exclusion fonctionnelle complète est antiphysiologique; mais le drainage simple d'un côlon surchargé est au contraire parfaitement logique ».

Nous écarterons la typhlo-sigmoïdostomie en Y (Lardenois et Okinczyc). Nous ne connaissons pas à son sujet de statistiques importantes. Beaucoup plus complexe que la cœco-sigmoïdostomie, et partant plus grave, elle nous paraît disproportionnée avec le simple effet de drainage qu'elle prétend atteindre.

En fait, les opérations de dérivation que nous venons de citer ont donné d'excellents résultats dans les cas de moyenne gravité. Dans les stases graves, avec colite pariétale, la connaissance de l'anatomie pathologique nous fait prévoir qu'elles seront insuffisantes.

Elles ne sauraient agir sur les lésions chroniques qui ont fait du cœco-ascendant un réservoir cette fois inerte et sans contractilité. L'exérèse apparaît alors comme seule logique, et les résultats que nous apportons confirment cette manière de voir. Cette exérèse sera l'hémi-colectomie droite.

Nous en rappellerons brièvement la technique telle que nous l'avons vu pratiquer à la clinique thérapeutique chirurgicale par le professeur P. Duval.

1° Laparatomie latérale droite;

2° Incision du péritoine au niveau du pli pariéto-colique.

Mobilisation du segment cœco-ascendant (les difficultés, légères, ne se rencontrent guère qu'au niveau de l'angle sous-hépatique);

3° Ligature et section du méso de proche en proche;

4° Section iléale et double enfouissement du bout iléal;

5° Section du transverse et double enfouissement;

6° Anastomose latéro-latérale; dans quelques cas termino-terminale si la section iléale s'y prête; parfois iléo-transversostomie par implantation;

7° Périfonisation minutieuse en utilisant s'il y a lieu le bord droit du grand épiploon;

8° Fermeture.

M. le professeur Duval insiste souvent sur les points suivants :

a) Possibilité (à l'inverse des résections pour néoplas-

me) de faire porter la section du méso assez près du bord colique, d'où péritonisation toujours facile;

b) Nécessité du nettoyage à l'éther du cul-de-sac iléal et du cul-de-sac colique lors de la latéro-latérale;

c) Grande souplesse de la technique d'anastomose, qui s'adapte aux circonstances et ne conditionne nullement, comme certains l'ont cru, les suites opératoires.

Ainsi pratiquée, l'hémicolectomie droite est exécutée plus rapidement que bien des interventions pelviennes laborieuses.

Nous avons vu certaines *anesthésies* durer 45'.

Nous citerons, en terminant, la colectomie sous-cœcale (Lardennois) qui semble physiologiquement satisfaisante puisqu'elle respecte la valvule de Bauhin. En fait, nous avons trop souvent constaté l'insuffisance de cette valvule associée à la stase cœcale pour retenir cet argument. De plus, il peut paraître illogique de conserver le segment intestinal qui porte le maximum des lésions : le fond du cœcum.

Suites opératoires - Résultats

Suites opératoires

En dépouillant chacune de nos observations nous avons pu tracer un tableau moyen des modifications qu'entraîne dans l'économie l'ablation de l'hémi-côlon droit.

a) Dans une première période les opérés présentent assez constamment de la diarrhée. Il en fut ainsi dans les observations 7, 11, 12, 13, 19. Il s'agit dans la plupart des cas, à partir du 8^e ou du 10^e jour, de deux à quatre selles liquides, peu fétides, émises quel que soit le mode d'alimentation. Nous croyons, avec notre maître P. Duval, que la physiologie normale du côlon l'explique parfaitement.

Le cœco ascendant achève normalement la digestion du contenu liquide du grêle. Le côlon gauche, inadapté à cette fonction nouvelle pour lui, évacue rapidement le contenu iléal. Le plus souvent, au bout de quelques semaines, l'adaptation se fait et l'on observe des selles pâteuses, puis moulées, traduisant le retour à la normale.

b) Dans une deuxième période — très importante à notre avis — on peut observer des troubles fonctionnels variables. Ballonnement et douleurs six mois après

(obs. 2); douleurs passagères (obs. 10); souffre et maigrit six mois après (obs. 3); a souffert un an après (obs. 6); souffre (obs. 9); alternatives de diarrhée et de constipation un an après (obs. 1); vingt mois après (obs. 3).

Ces troubles fonctionnels ne sont pas constants. Ils manquent dans nombre d'observations et en tout cas sont toujours au bout d'un temps variable, quelquefois très long, entièrement dissipés.

Il est justement très intéressant d'opposer à ces troubles toujours passagers après hémi-colectomie droite, les désordres considérables qui suivent chez l'homme les colectomies totales (relire la communication de M. le professeur P. Duval et le mémoire de Weiss). La phase douloureuse est atroce, avec des coliques abominables, des phénomènes de reptation des anses, bref un syndrome d'occlusion incomplète du grêle répondant à la « colisation » physiologique de celui-ci.

A sa suite on peut observer une véritable « asystolie » intestinale, avec constipation à outrance, atroce, contre laquelle il serait un peu ironique de proposer une nouvelle résection intestinale.

On ne supprime pas impunément un organe doué d'un rôle important dans la digestion et l'exonération : voilà pourquoi les hémi-colectomies droites, segmentaires, enlevant un organe atone et profondément lésé, mais laissant en place une proportion raisonnable du cadre colique présentent de bons résultats éloignés.

Nous avons d'ailleurs observé, même après hémi-colectomie droite, des images correspondant à la reconstitution d'un pseudo-cœcum. Les cas que nous présentons mon-

trent amplement que ce phénomène purement physiologique n'a rien à voir avec la technique des sutures.

Une *termino-terminale* (obs. 4) montre un côlon transverse très dilaté, avec quelques douleurs;

Une *latéro-latérale* (obs. 16) montre un léger cul-de-sac cinq mois après, sans douleurs;

Par contre deux *latéro-latérales* se montrent sans aucune dilatation cinq mois après (obs. 18); quatorze mois après (obs. 7);

Mieux, une *latéro-latérale*, vérifiée non plus radiologiquement, mais au cours d'une intervention pour adhérences pariétales du grand épiploon, se montre sans aucune dilatation quarante-six mois après (obs. 5).

Nous croyons conclure de ces suites opératoires que les opérés d'hémi-colectomie pour stase grave ne bénéficient de l'intervention qu'après un délai souvent considérable; l'amélioration est très lente, mais continue, et nous avons l'impression que, un an, deux ans, peut-être plus, sont nécessaires pour juger de l'intervention. C'est ainsi qu'une partie de nos observations, trop récentes, n'est citée que pour servir à l'étude des suites immédiates.

Résultats

L'hémi-colectomie droite est une intervention sérieuse et nous ne partageons pas l'avis de Desmarest qui « pose en fait que la résection iléo-colique pour stase cœcale est une opération bénigne ». Elle comporte une certaine mortalité. Il est inutile d'additionner des statistiques. Mais nous rappellerons seulement quelques chiffres.

Moynihan : 68 cas, 2 morts; Robineau : 28 cas, 1 mort; Desmarest : 20 cas, 1 mort. Nous comptons dans nos observations 1 mort sur 21 cas soit 4,76 pour 100. Ce décès mérite d'être étudié car il illustre la gravité des stases cœcales invétérées. Nous croyons que notre malade a succombé à une insuffisance hépatique suraiguë, aboutissant d'une insuffisance hépatique latente liée à l'ancienneté et la sévérité de la stase. L'observation nous en fournit la preuve :

Foie gros;

Urobiline et sels biliaires dans les urines;

Temps de coagulation très augmenté.

En définitive, les résultats méritant d'être retenus, ceux qui dépassent un délai de vingt mois, nous permettent d'affirmer les bons effets de la résection dans les stases cœcales pures (obs. 1 à 10). Que si la stase est plus complexe, l'opération améliorera la stase cœcale et rien qu'elle. Un constipé droit et gauche restera un constipé gauche — constipation bénigne sans syndrome d'intoxication (voir à ce sujet l'observation si intéressante de J.-C. Roux). Nous en rapprocherons la malade de l'obs. 14 qui présentait un dolichocolon généralisé et qui resta, après l'intervention, constipée, mais non stasique.

Observations

Dans toutes nos observations, détaillées ou résumées, nous avons souligné les faits cliniques ou les examens de laboratoire nous paraissant présenter quelque importance.

1. — Mlle P..., 47 ans (*due à l'obligeance du D^r Fr. Moutier*).

Souffre « depuis toujours » d'une constipation opiniâtre, de maux de tête et de nausées. Aurait pesé 65 kilos avant guerre.

1920. Appendicectomie, à Paris. Non améliorée.

Stase considérable (plusieurs jours).

Février 1921. *Hémi-colectomie droite*. — Après l'opération n'a souffert « qu'un peu moins de la tête et du ventre ».

Décembre 1922. Selles diarrhéiques et gazeuses.

Prend constamment de l'huile de paraffine. Sensations de défaillance. Lipothymies. Poids 47 kilos.

Janvier 1923. Poids 48 kilos. Dit moins souffrir.

Continue l'huile de paraffine. Toujours diarrhée ou constipation.

Mars 1923. Dit aller un peu mieux. Poids 48 kilos 200, plutôt constipée.

Examen des selles (D^r Goiffon).

Poids 150 grammes.

Poids sec pour 100 gr. : 18 gr.

Réaction : légèrement alcaline.

Digestion des fibres musculaires et des graisses : normale.

Stercobiline : présence.

Amylase : lente.

Cellulose digestible : abondante.

Amidon intra-cellulaire : assez abondant.

Amidon amorphe, cru : néant.

Pas de mucus.

Flore iodophile. Clostridies : assez abondants.

Pas de spirilles. Pas de parasites.

Acides organiques totaux : 11,2.

Conclusions : évacuation provoquée par laxatif huileux.

Hypersécrétion colique légère. Putréfaction. Diminution des acides organiques.

Juin 1923. Anémie, vertiges, fatigue. Poids 46 kilos.

Décembre 1924. Ménopause.

Février 1925. Pneumonie et angine ulcéreuse.

Février 1926. Plus de maux de tête. Intestin normal. Poids 49 kilos 800.

2. — Mme Br..., 46 ans (*due à l'obligeance du docteur Fr. Moutier*).

Souffre depuis 1903. Toujours constipée, déséquilibre thermique, état nauséux persistant.

1921. Poussée d'annexite gauche. *Ovaire droit scléro-kystique* (D^r Siredey). Examen radiologique : stase cœcale.

19 mai 1922. *Opération*. Résection des annexes gauches. *Résection du colon droit* jusqu'au milieu du transverse. Anastomose termino-terminale. Cœcum hypermobile à long méso. Dans les suites, selles spontanées pendant trois semaines.

Novembre 1922. Gaz, ballonnement, douleurs.

Janvier 1923. A maigri légèrement, zéro à quatre selles par jour, pâteuses ou molles. Prend de l'agar; use de suppositoires.

Examen des selles (D^r Goiffon).

Poids : 150 gr.

Poids sec pour 100 gr. de matière : 15 gr.

Réaction : acide.

Digestion des fibres musculaires : bonne.

Digestion des graisses : normale.

Stercobiline : présence.

Cellulose digestible : abondante.

Amidon : néant.

Mucus : néant.

Flore iodophile :

Clostridies assez abondantes.

Leptothrix : néant.

Autres bactéries à granulose : néant.

Pas de blastocystis ni de spirilles.

Pas de parasites.

Conclusions : selle d'évacuation rapide sans hypersécrétion.

Fermentation hydrocarbonées.

Juin 1923. Une selle par jour, uniquement par suppositoires.

Juillet 1923. Quelques douleurs.

Février 1924. Un examen des urines après division montre à droite *colibacillurie*; à gauche *pyurie* et *bacillurie*. A cependant engraisé.

Mars 1924. A l'occasion d'une saison à Contrexéville crise de colite avec glaires.

Décembre 1925. Ne souffre plus de l'intestin.

3. — Mme Pic..., 42 ans (*due à l'obligeance du Dr Fr. Moutier*).

Souffre depuis 17 ans. Crises de pesanteur épigastrique immédiatement après les repas, puis selle prandiale, ceci deux ou trois fois par mois. Entre temps constipation. Plus tard *constipation augmente*, avec ballonnement habituel de l'abdomen.

1920. Quinze séances de radiothérapie pour fibrome.

1922. Constipation de plus en plus opiniâtre, et apparition d'une *douleur constante* au flanc droit. Prend jusqu'à trois lavements par jour. Un examen radiologique montre une stase considérable (48 heures) dans le cœco ascendant.

Poids : 62 kilos 500.

4 juillet 1923. *Intervention* (professeur P. Duval). Résection du cœco-ascendant et de la moitié du transverse. Iléo-transversostomie latéro-latérale. La pièce montre un amincissement important des parois du cœco-ascendant et des ganglions dans le méso-côlon. Pendant le séjour à la maison de santé, selles faciles et molles.

Octobre 1923. Souffre, maigrit; selles foncées, putrides, avec gaz abondants.

Examen coprologique (Dr Goiffon).

Poids : 30 gr.

Poids sec pour 100 gr. (normale 22 gr.) : 13 gr.

Réaction : alcaline.

Digestion des fibres musculaires : assez insuffisante.

Digestion des graisses : normale.

C'est-à-dire :	{	Graisses neutres : rares.
		Acides gras : rares.
		Savons : normaux.

Bilirubine : néant.

Stercobiline : présence.

Amylase lente.

Cellulose digestible : présence.

Amidon, intracellulaire, amorphe, cru : néant.

Mucus : quelques petits flots.

Flore iodophile :	{	Clostridies	{	Néant.
		Leptothrix		
		Autres bactéries à granulose		

Blastocystis : néant.

Spirilles : néant.

Dosage des acides organiques (normale 15 cc. sol. N. pour 100 gr. selles) : 22.

Dosage de l'ammoniaque (normale 2 à 3 cc.) : 4.

Parasites à centrifugation sur liquides denses : néant.

Conclusions : *selle d'évacuation peu accélérée* avec hyper-sécrétion aqueuse et muqueuse. Digestion des fibres musculaires assez insuffisante. Pas de parasites.

30 novembre 1923. Beaucoup de diarrhée, avec une selle moulée tous les 3 jours. Poids, 68 kil. 900.

3 décembre 1923. Examen radioscopique (docteur H. Béclère). Le calibre général du gros intestin n'est pas augmenté de volume. Rien de suspect à l'endroit de l'anastomose. Calibre normal, pas de sensibilité à la palpation.

4 décembre 1923. Brûlures à la miction (léger degré de cystocèle). Sensation de gonflement dans le flanc, soulagée par évacuations diarrhéiques.

Janvier 1924. Poids 68 kil. 500, quatre ou cinq selles par jour.

Février 1924. Poids 71 kil. 500. Constipation.

Mars 1924. Souffre encore. Alternatives de diarrhée et de constipation. Cependant dit « reprendre des forces ».

Août 1925. Très légères alternatives de diarrhée et de constipation. Dans l'ensemble cependant évacuations normales. Mais se plaint de céphalée, vertiges, étouffements, transpiration. Poids « 80 kil. 500 ». Est mise au régime.

Janvier 1926. Poids 75 kil. 500. Plus de troubles intestinaux. Mais battements, transpirations, étouffement et gêne, *perd ses sourcils*. On prescrit hématoéthyrôidine.

Février 1926. La malade annonce « intestin très bien ».

Mars 1926. Etat intestinal parfait. Poids « 73 kil. 500 ».

4. — Fer... Luc..., 22 ans.

Opérée à 18 ans (appendicectomie). Obtient quatre mois d'amélioration. Mais dès qu'elle reprend son travail recommence à souffrir.

Entre à Vaugirard au début de janvier 1922, présentant des douleurs continues dans le flanc droit et une constipation opiniâtre. Au palper cœco-ascendant perceptible, gargouillant et douloureux.

A la radio, séparation impossible entre le cœco-ascendant et le transverse droit accolés; la manœuvre est douloureuse. Signes de péricolite. Grosse stase (36 heures).

Examen de sang : leucocytose 13.600.

Intervention le 20 janvier 1922 (Pr P. Duval). Adhérences multiples diffuses entourant le cœcum, le colon ascendant et la partie droite du transverse. Adhérences des anses grêles entre elles. Enormes ganglions le long du bord interne du colon droit. *Colectomie droite* avec suture iléo-transverse *termino-terminale*. Suites opératoires simples.

Revue le 13 février 1923, soit treize mois après la colectomie. A la radio : *colon transverse légèrement dilaté*, anse grêle normale, souplesse parfaite de l'anastomose; les douleurs sont localisées au transverse.

Revue en février 1925 : poussée d'annexite.

Septembre 1926. Un de ses parents nous écrit : bon état général, ne souffre plus.

5. — Cha... Louise, 35 ans (*observation des plus intéressantes qui permet de vérifier le résultat éloigné anatomique d'une hémicolectomie*).

Souffre depuis 1913 et subit à cette époque l'ablation d'un ovaire. Pas améliorée.

Depuis la guerre constipation opiniâtre, jamais de diarrhée.

Douleur continue, lancinante, jamais calmée, siégeant dans la fosse iliaque droite. Maigrit beaucoup. A la radio : dolichocôlon généralisé, mais net surtout au niveau de l'angle splénique. Sensibilité de l'angle iléo-cœcal et de tout le cœco-ascendant (bord interne). Cœcum anormalement mobile. Très large insuffisance valvulaire.

Opération 5 juillet 1922 (P^r P. Duval). — Côlon droit bridé par de multiples adhérences; très largement ectasié avec gros ganglions dans le méso. *Hémicolectomie droite. Anastomose latéro-latérale.* Suites immédiates parfaites : 38° le lendemain, 37°5 le surlendemain. Sort le 13^e jour.

L'examen histologique montre entre autres :

Légère sclérose sous-muqueuse et surtout sous-péritonéale au niveau des parois cœcales. Musculeuse très irrégulièrement amincie. Trichocéphales in situ, tête dans la sous-péritonéale et non dans la sous-muqueuse. Aucune réaction autour du parasite.

Perdue de vue pendant quatre ans.

Revient en 1926. Est restée bien portante pendant trois ans et recommence à souffrir. Les douleurs ont leur maximum au niveau de la cicatrice de laparotomie médiane (datant de 1913). Elles sont accentuées par la marche, l'effort, le moindre mouvement, la toux, même la parole dit la malade. Ce syndrome fait porter le diagnostic d'adhérences épiploïques, car, par ailleurs, les fonctions digestives sont parfaites. Un examen coprologique (D^r Goiffon) conclut à : *transit non accéléré.*

Intervention le 17 mai 1926. Quelques adhérences entre le grand épiploon, la suture de laparotomie médiane et la suture de laparotomie externe à sa partie supérieure. Libération simple.

L'inspection de l'anastomose colique montre un *état parfait*. Pas de dilatation des culs de sac grêle et gros. Péritonisation parfaite dans la fosse iliaque et la région lombaire droite.

Ablation des fils le 10^e jour. Sort en parfait état le 18^e jour, circulant sans effort, les douleurs qui avaient motivé son entrée complètement disparues.

6. — M^{lle} Céline, 40 ans. Vue en février 1922.

Souffre depuis *huit ou dix ans*, mais le syndrome douloureux s'est surtout accentué depuis deux ans. Pesanteur continue et crises espacées. Le travail, et même la station debout commencent à devenir impossibles. Constipation, nausées, céphalée, vertiges, fatigue habituelle.

Entre le 10 octobre 1922. Aucune amélioration par le traitement médical.

Radio : ectasie cœcale, cœcum pelvien en position verticale. Stase 48 heures.

Examen coprologique (D^r Goiffon) conclut à : selle de constipation avec fermentation. Entamoeba coli. Spores de champignons inférieurs. Amas mucoïdes.

Examen de sang :

Gl. R. 4.800.000.

Gl. Bl. 11.200.

Temps de coagulation 22'.

Urée sanguine 0 gr. 26.

Intervention le 23 octobre 1922 (P^r P. Duval). — Gros côlon droit mobile avec ganglions dans le méso. *Colectomie droite.* Suture latéro-latérale. Suites opératoires simples, malgré une congestion bilatérale des bases et une fistulette de la paroi tarie fin novembre. A noter des selles diarrhéiques spontanées à partir du 6^e jour. A sa sortie, exonérations normales.

Perdue de vue.

En juillet 1926 écrit qu'elle se porte bien après avoir souffert jusqu'au milieu de 1923.

L'examen histologique (D^r Moutier) avait conclu à réaction sous-séreuse conjonctive. Musculeuse irrégulière.

7. — P... Amélie, 31 ans.

Entre le 22 septembre 1922.

Souffre de troubles digestifs *depuis son plus jeune âge*, et en particulier de constipation. Une appendicectomie est pratiquée en 1917. Depuis l'opération la constipation va en augmentant (trois semaines sans aller à la selle). A la suite de semblables périodes elle expulse une tête de selle composée de matières dures ovillées; une queue de fèces pâteuses et claires; mais jamais de débâcles diarrhéiques. Les douleurs sont très vives le long du côlon droit. L'état général est déplorable : amaigrissement, asthénie, migraines, acrocyanose des extrémités.

A l'examen cœcum gargouillant et douloureux jusqu'à l'angle sous-hépatique.

A la radio stase cœcale considérable, douleurs diffuses.

Opération le 4 octobre 1922 (P^r P. Duval). — Gros cœcum avec ganglions paracoliques. Péricolite angulaire. *Colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale.

Examen de la pièce : colite chronique. Infiltration interstitielle de la muqueuse supérieure à la normale avec accroissement des espaces interglandulaires.

Suites opératoires des plus simples (*légère diarrhée*).

Revue le 2 octobre 1923. A engraisé. A la radio très bon fonctionnement de la bouche. Sensibilité au niveau de l'anastomose.

En avril 1923 est suivie en province. Selles régulières, mais sensibilité abdominale.

Perdue de vue depuis.

8. — L... Marie, 29 ans.

Entre le 26 juin 1922. Constipée depuis ses premières règles. Depuis un an crises douloureuses abdominales droites, pesanteur, état nauséeux, périodes diarrhéiques. Elle déclare ne plus pouvoir s'alimenter, et souffrir par dessus tout de migraines et de nausées. A la radio ectasie cœcale, cœcum mobile, stase 48 heures. Poids 51 kilog. le 10 juillet.

Intervention le 12 juillet 1922 (P^r P. Duval). — Côlon droit mobile, à parois inégales, avec gros ganglions dans le mésentère. *Colectomie droite* et anastomose latéro-latérale. Suites simples, malgré un abcès au niveau d'une injection d'huile camphrée. Sort le 3 août, la diarrhée post-opératoire déjà calmée.

Revue le 21 octobre 1922. La malade n'est plus constipée, n'a plus de migraines ni de nausées. Très bon état général; a engraisé. Poids 53 kil. 200.

A la radio : pas de dilatation du segment terminal. Le passage dans le grêle se fait directement et sans douleur. La région de l'anastomose est souple et indolore.

Revue le 5 décembre 1922. Elle se plaint de douleurs intermittentes dans la région du flanc droit (pas de constipation).

A la radio : le transverse apparaît incliné de droite à gauche et de bas en haut, la région de l'anastomosé se trouvant en pleine fosse iliaque droite. Cette anastomose est souple, non dilatée. Par contre *douleurs au niveau du transverse et dilatation de ce segment*, qui occupe la région du cœco-ascendant.

Revue le 10 juin 1924. Poids 53 kil. 300. Continue son métier de domestique. Va à la selle très régulièrement. Jamais de migraines ni de nausées. Quelques douleurs intermittentes dans le flanc droit où l'on sent un rein droit abaissé et nettement douloureux.

9. — Gr.... Adeline, 24 ans.

Entre le 7 juin 1922. Menstruation à 17 ans. Constipation opiniâtre. Depuis un an apparition de douleurs abdominales, d'état nauséux, de vomissements. Travaille d'une façon irrégulière. Malgré un repos de trois mois avec traitement médical n'a constaté aucune amélioration.

Examen du sang :

Gl. R., 4.000.000.

Gl. Bl. 6.500, proportion forte de mononucléaires.

Radio : chute de l'angle colique droit dans la station debout. Typhlite et pérityphlite cœcales. Pas d'insuffisance valvulaire. Douleur diffuse au bord interne du cœco-ascendant. Stase 48 heures.

Intervention le 21 juin 1922 (P^r P. Duval). — Côlon droit sans aucun accolement avec colite et gros ganglions. *Colec-tomie droite.*

Fait un deuxième séjour en août 1922 pour une fistulette pariétale et sort guérie. Plus de constipation.

Juillet 1926. Quelques pertes blanches. Rien d'anormal au point de vue de l'intestin.

10. — De B... Xavier, 30 ans.

Entre le 21 mars 1922. Souffre depuis des années. D'abord diarrhée constante, puis alternatives de diarrhée et de constipation, enfin constipation tenace. Douleurs dans le flanc droit, continues, avec exacerbations sans horaire. La marche les exagère beaucoup. Ne peut plus s'alimenter.

Radio : péricolite sur le bord interne du cœcum et du côlon ascendant. Chute anormale de l'angle colique droit dans la station debout. Stase cœcale.

Urines : traces d'albumine.

Intervention le 31 mars 1922 (Pr P. Duval). — Colectomie droite. Anastomose latéro-latérale. Suites très simples.

Revu en juillet 1922. Quelques douleurs passagères dans le flanc droit. A engraisé de 14 kilos.

11. — Fr... Augusta, 32 ans.

Entre le 30 juin 1923. Souffre depuis une typhoïde qu'elle eut à 18 ans. Deux grossesses mal supportées. Constipation, usage continu de laxatifs. Douleurs pelviennes à droite, et dans le flanc. Au toucher vaginal masse douloureuse anté-utérine que l'intervention montre être le cœcum distendu et mobile.

Opération le 9 juillet 1923 (Pr P. Duval). — Stase invétérée et péricolite intense. *Hémi-colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale. *Suites opératoires à retenir :* de toutes nos malades, c'est celle qui a présenté le plus de diarrhée. Cinq à six selles liquides par jour, persistant à sa sortie vingt jours après l'intervention.

Revu en octobre 1924 (*Dr J.-C. Roux*). — Très bon état. A engraisé de 3 kilos.

12. — B... Gaston, 19 ans.

Entre le 15 novembre 1924, souffrant depuis longtemps. En 1914 appendicectomie. Depuis crises très pénibles greffées sur un fond douloureux constant dans le flanc droit.

Radio : dilatation du côlon droit. Vive sensibilité. Stase.

Intervention le 24 novembre 1924 (Pr P. Duval). — Très gros ganglions juxtacoliques. Côlon droit avec adhérences nombreuses. Hypertrophie des parois. *Colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale. Suites simples; petite suppuration parié-

tale. L'examen des ganglions montre un épaississement notable des septa conjonctifs.

Revu deux mois après : diarrhée à l'occasion d'excès alimentaires.

13. — B... Rose, 62 ans.

Entre le 3 juillet 1924. Souffre depuis 20 ans. Opérée il y a 13 ans par le D^r Tuffier (colopexie péritonéale ?). Actuellement stasique typique avec douleurs continues, amaigrissement, perception d'un cœco-ascendant gargouillant et douloureux.

Intervention le 9 juillet 1924 (P^r P. Duval). — Côlon droit sans aucun accolement. Adénopathies. *Colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale. A retenir dans les suites opératoires une petite suppuration pariétale (Dakin) et une diarrhée du sixième au dixième jour. Sort guérie le 20 août 1924.

14. — D... Adrienne, 29 ans.

Entre le 18 mai 1924. Souffre depuis longtemps; depuis cinq ans d'une façon plus marquée. Douleur continue, amaigrissement, constipation habituelle, migraines.

Examen coprologique : selle de stase cœcale provoquée par laxatif huileux. Amas mucoïdes.

Radio : cœcum mobilisable, mais contours irréguliers. *Allongement du côlon gauche et du transverse.*

Intervention le 28 mai 1924 (P^r P. Duval). — Côlon droit dilaté et très mobile avec péricolite mixte. L'épiploon est rouge et grenu jusqu'au delà de la ligne médiane. *Hémi colectomie.* Anastomose latéro-latérale. Suites opératoires : une petite suppuration pariétale. Sort guérie le 12 juillet 1924.

Revue 5 mois après. A engraisé. Reste constipée.

15. — M... Irène, 25 ans.

Entre le 22 mai 1924. Souffre depuis plusieurs années et est opérée en 1923 (appendicectomie et castration droite). Pas d'amélioration. Constipation habituelle, céphalée, nausées. Au palper on refoule des gaz dans le cœcum qui devient extrêmement douloureux.

Sang : temps de coagulation (complète 27').

Intervention le 2 juin 1924 (Pr P. Duval). — Côlon mobile avec péricolite. Défaut de tout accolement. Dilatation considérable. *Colectomie droite.*

Suites opératoires mouvementées : état alarmant pendant quelques jours; hématome de la paroi; saigne lors de l'ablation des fils. Diarrhée pénible. Absès de la fosse iliaque droite. Sort guérie le 30 juillet 1924.

Ecrit en septembre qu'elle va très bien.

16. — P... Lucie, 20 ans.

Entre le 26 mai 1924. Se rappelle avoir toujours souffert du flanc droit.

A la radio : énorme dilatation du côlon droit. Stase. Sensibilité diffuse dans la région appendiculaire, dans l'angle iléo-cœcal, au bord interne du côlon ascendant.

Intervention le 11 juin 1924 (Pr P. Duval). — Côlon droit mobile et très dilaté avec colite et péricolite. *Colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale. Suites des plus simples. Sort le 3 juillet 1924.

Revue en novembre 1924. *Ne souffre plus.* Très bon état général.

A la radio : bon fonctionnement de la colectomie avec formation d'un léger cul de sac. Le passage dans l'anse grêle se fait très rapidement.

17. — V... Eugène, 56 ans.

Entre le 30 juin 1924. Souffrait depuis longtemps; mais depuis un mois selles liquides et noirâtres avec recrudescence des douleurs. Constipation marquée avant ces accidents diarrhéiques. Anorexie complète. Amaigrissement.

Pas de sang dans les selles.

A la radio : stase cœcale; de plus aspect pseudo-lacunaire au niveau de l'angle droit.

Urines : traces de sucre.

Intervention le 7 juillet 1924 (P^r P. Duval). — Colite pariétale étendue à tout le côlon ascendant et à la partie droite du transverse. *Colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale. Un petit drain.

Suites opératoires simples malgré un incident aigu pulmonaire. Sort guéri le 19 août 1924.

Examen histologique : sclérose hypertrophique très intense de la sous-muqueuse; sclérose sous-péritonéale discrète.

Reçu des nouvelles en septembre 1926. Irait bien.

18. — B... Sonia, 42 ans.

Entre le 12 février 1926 pour *troubles urinaires*. Crises douloureuses dans le flanc droit et cystalgie. Constipation, attribuée à une appendicite chronique, opérée il y a trois ans (appendicectomie et néphropexie). Amaigrissement marqué.

A la radio : stase cœcale.

Urée sanguine : 0 gr. 50.

Urines : ni albumine ni sucre. *Présence de coli.*

Intervention le 1^{er} mars 1926 (P^r P. Duval). — Nombreuses adhérences unissant la vésicule au lobe droit du foie, à l'angle colique, au péritoine pariétal. Après libération des adhérences le côlon est dépéritonisé et très mobile. *Colectomie droi-*

te. Anastomose latéro-latérale. Petit drain. Suites simples : sort le 13 mars.

Revue fin juillet 1926. A engraisé. A la radio l'anastomose ne présente rien d'anormal. Pas de dilatation iléale ni colique.

19. — M... Marie, 25 ans.

Entre le 10 novembre 1925.

Souffre depuis 8 ou 10 ans. Constipation opiniâtre, céphalée, dysménorrhée, nausées.

A la radio : stase cœcale, douleur dans l'angle iléo-cœcal. On fait une appendicectomie simple le 20 mai 1925, et malgré l'état du côlon, ectasié, épaissi et mobile, on fait une fixation en équerre. *Amélioration* de deux mois. Puis réapparition de douleurs et de constipation opiniâtre.

Intervention le 20 novembre 1925 (professeur P. Duval). — La fixation colique est très solide, gros ganglions dans le méso. *Hémicolectomie droite.* Anastomose latéro-latérale.

Suites : au 10^e jour *petite réaction douloureuse* du flanc droit, glace sur le ventre. *Diarrhée* (3 à 4 selles), puis constipation et douleurs. Puis le flanc s'assouplit. Sort en parfait état local et intestinal le 9 décembre 1925.

Revue en juillet 1926. A engraisé. Bon état. A remarqué que certains aliments (œufs) sont mal supportés et déterminent de la diarrhée.

20. — B... Maria, 19 ans.

Entre le 27 octobre 1925. Souffre depuis 7 ans, opérée en novembre 1919 d'appendicite. Depuis douleurs continues dans la fosse iliaque droite, ballonnement, alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Amaigrissement.

Selles : présence de Blastocystis.

Radio : Gêne à la progression au niveau du côlon droit. Position anormale du cœcum, recourbé et remonté en dehors du côlon ascendant. Sensibilité vive. Stase 48 heures. Péricolite probable.

Intervention le 25 novembre 1925 (Professeur P. Duval).
Colite pariétale droite avec gros ganglions.

Péricolite inflammatoire diffuse. *Colectomie droite.* Anastomose latéro-latérale.

A noter dans les suites opératoires : *constipation* assez intense avec tension douloureuse du cadre colique nécessitent de grands lavements à la bile de bœuf et des prises régulières d'huile de paraffine. Sort en parfait état le 10 décembre 1925.

Examen histologique : Colite purement chronique. Atrophie pariétale dans son ensemble, portant sur la muqueuse et la musculieuse.

21. — L... Marcelle, 28 ans.

Entre le 3 mai 1926. Constipation opiniâtre avec débâcles depuis 15 ans. Poids 44 kilos. A subi en octobre 1923 une appendicectomie avec fixation colique en équerre. Amélioration notable, reprise de poids (48 kilos), mais de durée courte (1 an).

Revient parce qu'elle souffre et est constipée.

Migraines, état nauséux, règles diminuées en durée et en quantité, nervosisme extraordinaire. Frigidité génitale. A l'examen cœco-ascendant douloureux et gargouillant. Ovaire droit sclérokystique. Poids, 43 kil. 500. Foie gros.

A la radio : Stase. La colopexie tient.

Urines : ni albumine, ni sucre; urobiline; sels biliaires traces.

Urée sanguine : 0 gr. 30.

Selles : en petites billes fermes, noires. Réaction amphotère. Fermentation et putréfaction.

Sang :

Gl. R. 3.820.000

Gl. Bl. 11.000

Temps de coagulation 27'.

Intervention le 10 mai 1926 (Professeur P. Duval).

Cœcum à parois irrégulières, épaisses. Colite pariétale avec gros ganglions. *Hemi-colectomie.*

Anastomose latéro-latérale.

Suites : mort en 22 heures avec 41° et un pouls incomptable.

Examen histologique détaillé dans le chapitre « Anatomie pathologique ».

Autopsie refusée. Par l'incision opératoire dont on fait sauter deux points aucune réaction visible du côté de l'anastomose.



Conclusions

1° Il existe des formes graves de stase intestinale chronique localisée au cœco-ascendant. Ces formes sont rares;

2° On peut orienter un diagnostic de gravité par un faisceau de signes :

Cliniques : altération de l'état général, continuité des douleurs, perte de poids;

Humoraux : anémie, leucocytose avec mononucléose, syndrome urinaire d'insuffisance hépatique;

Coprologiques : amas mucoïdes, putréfactions anormales;

Radiologiques : localisation de la stase au cœco-ascendant, durée, inefficacité contrôlée du traitement médical.

3° L'anatomie pathologique montre des lésions de colite pariétale chronique, non susceptibles de régression;

4° L'hémi-colectomie droite est indiquée dans le traitement de ces formes. C'est une intervention sérieuse, donnant de bons résultats éloignés;

5° Les suites opératoires méritent d'être connues. Elles ne sont pas influencées par la technique de l'anastomose, mais relèvent de la physiologie pathologique des résections coliques;

6° Les malades peuvent ne bénéficier de l'intervention qu'après un délai important.

Vu le Président,

DUVAL.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

Généralités

- On trouvera une importante bibliographie FRANÇAISE in Ch. Lefebvre. — La stase intestinale chronique au point de vue chirurgical. Etat actuel de la question. 1 brochure. — Imp. Saint-Michel, Toulouse 1926.
- Une importante bibliographie ANGLAISE in O. Mercier. — Etude du syndrome douloureux du côlon proximal. Thèse Paris, 1924, n° 290.
- Une importante bibliographie ALLEMANDE in Franz Rost. Beitrag zur Lehre von der chronischen Obstipation und ihrer chirurgischen Behandlung. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und chirurgie. 28 Band. Heft 4, 1915.

Lire aussi :

Traité classiques et Mériel (in Le Dentu et Delbet) : affections chirurgicales du gros intestin.

CARNOT. — Les Colites. — J.-B. Baillière et fils, 1923.

CARNOT, BLAMONTIER, LIBERT et FRIEDEL. — Les périviscérités digestives. — Baillière, édit. 1926.

GATELLIER. — *J. Méd. Français*, n° 16, juin 1922. — Les indications chirurgicales dans le traitement de la constipation.

GUILLAUME A.-C. — Les colotyphlites. — Paris, 1924.

CH. LEFEBVRE. — La chirurgie de la constipation. — Thèse. — Toulouse, janvier 1919, n° 7. — Baillères, éd.

LEVEUF. — Péricolite membraneuse. — Thèse Nancy, 1915.

DE MARTEL et ANTOINE. — Les fausses appendicites. Etude clinique, radiologique et thérapeutique des syndrômes douloureux du cœcum et du côlon proximal. — Masson, éd. Paris 1922, 8°, p. 193 et suivantes.

PROF. A. MATTOLI. — La chirurgia del côlon. Relazione presentata al XXVII, Congresso della Società Italiana di chirurgia, Roma, 1920.

MOUTIER FR. — Maladies des intestins. Poinat, 1926.

PAUCHET et GÆHLINGER. — La constipation. — Doin, 1926.

SORREL. — La stase intestinale chronique. — Thèse, Paris 1914.

Clinique

ADAMI (J.-G.). — Chronic Intestinal stasis « auto-intoxication and subinfection ». — *Brit. Méd. Journ.* 1914. Vol. 1 p. 177.

ANTOINE. — Contribution à l'étude clinique des syndrômes douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit. — *L'Hôpital* 1922, n° 79, p. 440.

CHIRAY. — *Maroc Médical*, n° 37., 15 janvier 1925. — Sur la stase intestinale chronique.

CODET. — *La Médecine*, juillet 1925. — Troubles nerveux dans les colites.

DALSACE. — *Bull. Médical*, n° 18, 25 avril 1923. Stase intestinale chronique, appendicite chronique et typhlocolite.

DARGEIN. — Les étapes médicales et chirurgicales d'un constipé. *Bull. Méd. de Québec*, XXII, 1921, n° 8, avril, p. 241.

DELBET PAUL. — Soc. des Chirurgiens de Paris, 2 mai 1923, Considérations sur la maladie de Lane.

DURAND et BINET. — Les typhlocholécystites. — *La Médecine pratique*, mars 1924.

— Les typhlocholécystites chroniques. — *P. M.*, 4 mars 1925.

- P. DUVAL et J.-C. ROUX. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la « stase colique » par altération du côlon droit. — Soc. de Chir. 1914, p. 303.
- Stase stercorale cœco-ascendante. — Arch. des Mal. de l'App. dig., décembre 1920, tome X, n° 12.
- FAROY. — Quels facteurs régissent les formes muqueuses et muco-membraneuses des colites. — *La Médecine*, juillet 1924, n° 10.
- FAROY et BAUMAN. — Les deux étapes de la typhlocolite chronique. — *P. M.*, 23 juin 1926.
- « De la colite à la stase ». — *Concours Médical*, 1923, n° 16.
- FOUARGE et HOUDMONT. — Arch. Méd. Belges, n° 6, juin 1921. La stase intestinale chronique.
- FOUCHÉ René. — Thèse Paris, 1925. — Jouve. — Syst. nerveux et troubles digestifs.
- GRÉGOIRE. — La dilatation douloureuse du côlon droit, variété de stase intestinale chronique. — Arch. des Mal. de l'App. dig., n° 5, mai 1923.
- GRISARD. — Contribution à l'étude de la stase intestinale chronique d'origine cœcale. — Thèse, Lyon, 1912.
- GUILLAUME. — La constipation et la stase intestinale chronique. Etude physio-pathologique et clinique. — *Bulletin Médical*, n°s 17-18, avril 1923.
- Hess, Wiener Klin. Woch., n°s 17-18, 26 avril et 3 mai 1923, Stase abdominale.
- HUGUIER. — *J. des Praticiens*, n° 10, 7 mars 1925, La stase intestinale chronique.
- LANE. — *The Brit. Med. Journ.*, n° 3278, 27 octobre 1923, Stase intestinale chronique et cancer.
- *The Brit. Méd. Journ.*, n° 3291, 26 janvier 1924, Sur la stase intestinale chronique et ses relations mécaniques avec les organes de voisinage.
- LARDENNOIS. — Les Périviscérites adhésives de l'abdomen. — *J. Méd. Fr.*, février 1926.

- LÉO. — *Paris Chirurgical*, n° 5, mai 1922, Quelques remarques sur la stase intestinale chronique.
- LOEPER et BAUMANN. — *Paris Médical*, 3 avril 1926, Le conflit gastro-colique.
- MANGINELLI. — *Il policlinico (Sez. pratica)*, n° 13, 26 mars 1923, Des constipés chirurgicaux.
- MATHIEU DE FOSSEY et BÉHAGUE. — Syndrôme neuro-psychique des colites alcalines. — *Le Monde Médical*, 15 avril 1926.
- NAVARRO. — Annales de la Fac. de Méd. de Montévidéo, n° 5, juillet 1921, Péricolite membraneuse.
- OURDARD et JEAN. — Péricolite inflammatoire avec stase à symptômes frustes et cirrhose atrophique concomitante. — *Bull. et Mém. Soc. anat.*, Paris, XCII, 1922, n° 10, déc., p. 144.
- PANAS CONSTANTIN. — Thèse Paris, 1922. — Le syndrome « Constipation et syncopes »; ses rapports avec l'hypervagotonie.
- PAUCHET. — *Arch. Méd. Belges*, n° 9, sept. 1921, Maladie de Lane ou stase intestinale chronique.
- POULIOT. — Les affections gynécologiques dans les péri-colites. — *J. Méd. Français*, février 1926.
- PRON. — La palpation du cœcum et sa valeur séméiologique. *Bull. Ac. de Méd.*, Paris, 1918, 3 s., LXXIX, p. 119-121.
— *J. de Méd. de Paris*, 1918, XXXVII, p. 173.
- QUAIN E.-P. — Contribution au diagnostic et au traitement de la ptose du côlon droit et de ses complications. — *Am. Journal of Surgery*, tome XXXVIII, n° 8, août 1924, p. 193.
- RENAUD DENIS. — Contribution à l'étude des symptômes douloureux de la fosse iliaque droite. — Thèse, Paris, 1923.
- ROBERTSON. — *Méd. J. and Record*, 1925, n° 3, Troubles nerveux dans les colites.
- ROUX J.-C. — La constipation cœcale et son traitement. — *J. de Méd. et de Chir. Prat.*, 1918, LXXXIX, p. 855.

- SAVIGNAC et Mathieu DE FOSSEY. — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans les entéro-colites chroniques. — *Soc. Méd. Hôpitaux*, 11 mai 1923.
- SAVIGNAC et SARLES. — *Paris Médical*, 26 décembre 1925, Troubles nerveux dans les colites.
- SIMON. — *Kl. Wosch.*, 1925, Troubles nerveux dans les colites.
- SLESINGER. — *Am. Journal of Surgery*, n° 8, août 1922, Quelques aspects de la stase intestinale chronique.
- SPECIALE. — *Il Policlinico (Sex. chir.)*, n° 1, 15 janvier 1922, Sur la péricolite dite membraneuse.
- TRÉMOLIÈRES et THOMAS. — *J. Méd. Français*, mai 1925, Diagnostique et traitement des diarrhées.
- WHITE ROBERTSON. — *The Brit. Med. Journ.*, n° 3.339, 27 déc. 1924, Stase intestinale chronique et épilepsie.

Laboratoire — Coprologie

- Outre les « Manuels » de Goiffon, de R. Gaultier, lire :
- ANDRÉOLI. — Soc. de Path. comparée, 12 janvier 1926, Relations entre flore rhino-pharyngée, entécolites, colibacillose.
- ANTOINE et CASPERIN. — L'étude du sang au cours des infections gastro-intestinales. — Résumée in *Le Monde Médical*, 15 avril 1923.
- GALLART MONÈS. — Arch. Espanoles de Enferm. del Apar. dig. y de la Nutricion, n° 1, janvier 1925, Syndrômes coprologiques d'auto-intoxication et infection dûs à la stase intestinale chronique.
- GOIFFON. — Entérites chroniques et coprologie. — *P. M.*, 2 mai 1918.
- Que peut-on attendre d'un examen de selles ? — *Journal de Médecine de Paris*, 2 décembre 1922, n° 44.
 - Signes coprologiques des colites. — *P. M.*, 26 avril 1924. — Y sont cités les travaux de J.-C. Roux et Goiffon sur les acides organiques dans les selles.

- Le diagnostic coprologique des troubles du transit coliques. — *J. Méd. Français*, mai 1925.
- LCEPER. — Leçons de pathologie digestive, 2^e série, Masson, page 185.
- ROUX J.-C. et GOIFFON. — Troubles intestinaux liés à la digestion insuffisante des hydrates de carbone. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, tome XIV, n° 2, février 1924, p. 134.
- SANARELLI. — *Il Policlinico*, 1^{er} février 1926 (cité in *Paris Médical*, 3 avril 1926), Sur « l'entérotropisme » de certains microbes pharyngés.
- VAN DER REIS. — La flore bactérienne de l'intestin grêle et du cœcum chez l'adulte dans les conditions normales et pathologiques. — *Klin. Wochschr. Berlin*, t. I, n° 19, 6 mai 1922.

Anatomie

En plus des traités classiques :

- DESCOMPS et DUCASTAING. — Les angles coliques chez le fœtus et le nouveau-né. — *Revue de Chir.*, 1922, n° 1.
- DESCOMPS et TURNESCO. — Lymphatiques. — *Archivès Franco-Belges de chirurgie*, n° 4, janvier 1922.
- TURNESCO. — Le Mésentère. — Thèse Paris, 1923. Arnette.

Physiologie normale ou pathologique. Pathogénie

- ALGLAVE. — Recherches expérimentales sur l'exclusion et la résection du gros intestin. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 1, 1907.
- BLAMOUTIER. — Les mouvements antipéristaltiques normaux et pathologiques de l'intestin. — Thèse Paris, 1924.
- BOLOGNÉSI. — Contribution à la pathogénie de la péricolite membraneuse. — *Arch. des Mal. de l'App. digestif*, tome X, n° 10, septembre 1920.
- BUIZARD. — Rôle de l'helminthiase dans la péricolite et la stase intestinale chronique. — *Paris Chirurgical*, n° 6, juin 1922.

- CADE et MORENAS. — Rôle de la syphilis dans l'étiologie des périviscérités. — *J. de Méd. de Lyon*, juin 1922.
- CARNOT et BONDOUY. — Les processus digestifs au niveau du cœcum. — *Soc. de Biologie*, 11 mai 1918.
- DUVAL P. et ROUX. — La reconstitution d'un pseudo-cœcum aux dépens du côlon ou de l'anse iléo-colique après colectomie droite ou colectomie totale. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, n° 3, Mars 1923.
- DUVAL P. — L'intestin grêle après colectomie totale. — *Académie de Médecine*, 20 octobre 1925.
- FEISSLEY. — Etude du fonctionnement de l'intestin dans un cas de cœco-sigmoïdostomie. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, n° 2., février 1925.
- GUILLAUME. — Les faits essentiels de la physiologie du gros intestin et leur application à la clinique. *Revue de Médecine et de Pharmacie*, n° 9 (1919-1920), n° 1 (1920-1921).
- HOFMANN. — La régénération du côlon à la suite de résections segmentaires. — *Arch. f. Klin. chir.*, fasc. 1, février 1924.
- ISEMEIN et POINSOT. — Physiologie des côlons. *Gazette des hôp.* n° 54, 5 juillet 1924.
- LEFEBVRE. — Physiologie chirurgicale du gros intestin. — *Arch. Franco-Belges de chir.*, n° 3, mars 1923, p. 215.
- LÉO. — Parasites intestinaux et lésions cœco-coliques et appendiculaires. *Paris chirurgical*, n° 6, juin 1922.
- ROUX J.-C. — Des troubles intestinaux qui favorisent l'infection colibacillaire des reins, *J. Méd. Français*, mai 1922.
- WEISS. — Recherches cliniques et expérimentales sur la colectomie, Masson, 1926.
- WEISS et PORCHER. — Existe-t-il une colisation de l'intestin grêle après colectomie. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.* n° 7. Juillet 1925,
- XAXIER-MÉNEZ. — Classification et pathogénie des mégacôlons.

— Thèse Paris, 1923, n° 33. (les formes localisées à droite avec altérations pariétales).

Anatomie pathologique

BRIAN (Mme P.). — Les adénopathies mésentériques et la stase intestinale. — Thèse Paris 1925.

DELANNOY E. F. — Les altérations du côlon droit et la constipation cœcale (étude anatomique et pathologique). Lille, 1919, 67 pages, in-8°, n° 45.

DUROSELLE. — Péricolites et appendicite chronique. — Thèse Paris, 1919.

TRÉMOLIÈRES et H. R. OLIVIER. — Les périviscérites digestives adhésives. — *J. Méd. Français*, février 1926.

Radiologie

AUBOURG. — Bull. et Mém. de la Soc. Radio Méd. de France, n° 90, avril 1923, Au sujet des méthodes d'exploration du tube digestif et de la stase.

BENSAUDE, GUÉNAUX et CONSTANTIN. — L'examen radiologique de la constipation habituelle. — *J. Méd. Français*. Juin 1919, p. 251.

CONSTANTIN. — Contributions à l'étude radiologique de la constipation habituelle. — Thèse Paris, 1919.

CASE. — Surgical physiology and pathology of the colon from X-ray. stand point. — *Méd. Rec. New-York*, 1920, XCVII, p. 580.

DUVAL P. — Examen fonctionnel radiographique dans les cœcosigmoidostomies latérales simples. — *Soc. Chir.*, 16 juin 1914.

FISHER. — Insufflation et lavement opaque dans les colites. — *Arch. für Klin. Chir.*, 28 février 1925.

GALLY. — Examen radiologique des malades atteints de stase intestinale chronique ou de constipation. — *Bulletin Méd.*, 2 mai 1923.

- JORDAN. — Radiologie de la stase intestinale chronique. — *The Lancet*, n° 14, 3 avril 1920.
- JORDAN. — Radiology in chronic intestinal stasis. — *Méd. Standard. Chicago*, 1920, XLIII, n° 6, p. 15.
- JOULIA. — Radiologie des périviscérites. — *J. Méd. Fr.*, février 1926.
- KEITH. — Sur l'interprétation de certains signes de la stase intestinale fournis par l'examen radiologique. — *Pr. of Roy. Soc. Méd.*, tome IX, 1^{er} novembre 1915, p. 117.
- LEBON. — Etude radiologique de la constipation. — *J. de radiologie et d'électrologie*, août 1915, n° 10.
- LECORNÉ. — Du cathétérisme de la valvule iléo-cœcale après cœcostomie. — Thèse Paris 1925. Y sont citées les communications de H. Béchère sur l'insuffisance valvulaire. — Legrand, édit.
- MORICE. — Contribution à l'étude radiologique de la constipation. — Paris-Evreux, 1920, 58 pages, in-8.

Thérapeutique

- BARDON et COIGNARD. — La cœco-sigmoïdostomie dans le traitement chirurgical de la constipation chronique du type ascendant. — *J. de Méd. de Bordeaux*, 1920, L, p. 323.
- BÉRARD. — Colectomie pour stase colique. — *Soc. Chir. Lyon*, 22 nov. 1923, et *Lyon chirurgical*, n° 1, janvier 1924.
- BROHÉE. — *Bruxelles Médical*, n° 15, 24 janvier 1924. — Au sujet du traitement de la constipation. Stase stercorale droite et traitement chirurgical.
- CAUCCI. — Traitement chirurgical de la stase intestinale chronique. — *La Clinica chirurgica*, fasc. 5-6, mai-juin 1920.
- CARNOT et TERRIS. — Action des extraits post-hypophysaires sur les péristaltisme intestinal et sur la constipation. — *Paris Médical*, 3 avril 1926.

- CHAPPLE. — Stase intestinale chronique; son traitement par l'anastomose ou la colectomie. — *The Brit. Méd. J.* 1911, p. 915.
- Chronic intestinal stasis treated by short-circuiting or colectomy. — *Brit. Méd. J.*, 22 avril 1914.
- CUNÉO. — Sur la typhlo-sigmoïdostomie. — *Soc. de Chir.*, n° 22, 17 juin 1913.
- DESCARPENTRIES. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris (Lapointe, rapp.), n° 30, 29 novembre 1921. — Vomissements ne cédant qu'à l'hémi-colectomie.
- DUNET. — Colectomie subtotale pour accidents d'occlusion consécutifs à la cœco-sigmoïdostomie. — *Lyon Chir.*, n° 2, mars 1925.
- DUNET et PEYCELON. — De l'insuffisance des anastomoses iléo et cœco-sigmoïdiennes dans le traitement de la stase intestinale chronique; nécessité de la colectomie totale ou partielle. — *Revue de Chir.*, tome LXIII, n° 5, 1925, p. 373.
- DURAND (Gaston). — L'acri-flavine dans le traitement des colites ulcéreuses chroniques. — *Soc. de Gastro-Entérol.*, 12 janvier 1925.
- DUVAL P. — Discussion sur le traitement de la stase intestinale chronique. — *Soc. de Chir.*, mars 1914.
- *Soc. de Chir.*, 15 décembre 1920.
- DUVAL P. et J.-C. Roux. — La stase stercorale cœco-ascendante et son traitement chirurgical. — *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, tome X, n° 12, décembre 1920.
- ERRARD P.-A.-J. — Traitement des colites rebelles. Les accidents de l'iléosigmoïdostomie avec exclusion du côlon. Thèse Paris, 1921.
- EWART WILLIAM. — Notes sur la technique de l'irrigation du gros intestin dans la colite. — *The Lancet*, 12 mai 1906.
- FAROY. — Le traitement hydro-minéral des colites. — *Progrès Médical*, 19 juillet 1924.

- GOYENA RAOUL. — Traitement de la constipation cœco-ascendante. — *La Semana Medica*, n° 44, 30 octobre 1924.
- GUILLAUME. — Etude critique et physiopathologique des opérations dirigées contre la constipation et la stase intestinale chronique. — *Gazette des Hôpitaux*, n°s 54 et 56, 7 et 14 juillet 1923.
- GUILLOT. — De l'iléosigmoïdostomie simple dans le traitement de la stase intestinale. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 9 décembre 1913.
- HEINHORN. — On agar as a vehicle in Intestinal therapeutics. *Am. Journ. of Méd. Sciences*, février 1922.
- HERTLÉ. — De la colite suppurée et de son traitement chirurgical. — *Arch. für Kl. Chir.*, tome CXXXI, 1924, p. 301.
- KNORR H.-V. — Auto-vaccin dans les colites ulcéreuses. — *Vien. Klin. Wochs.*, 2 avril 1925.
- KROGIUS A. — Traitement chirurgical de la colite chronique ulcéreuse. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.* Tome CLXXXIII, n°s 3 et 4.
- KUMMER et LECÈNE. — Note sur six cas de résection du gros intestin. — *Bull. Soc. Chir.*, n° 7, 28 février 1922.
- LABEY. — De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles. — Thèse Paris, 1902. Steinhell.
- LAMAS. — Deux cas de constipation traités chirurgicalement. *An. de la Fac. de Méd. de Montevideo*, n° 7, 8 septembre 1923.
- LANE. — Colectomie totale. — *P. M.*, n° 62, 3 août 1921.
- LARDENNOIS. — La typhlosigmoïdostomie en Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin par péricolite membraneuse. — *J. de Chir.*, mai 1913, n° 5, p. 538.
- Indication chirurgicale dans le traitement de la stase intestinale chronique.
- LEFEBVRE. — Du traitement chirurgical de la stase intestinale chronique par la cœco-sigmoïdostomie. — *P. M.*, n° 16, 24 février 1923.

- MAILLET R.-J. — Atropine et spasmes coliques. — Thèse Paris, 1926.
- MANÉ. — Chirurgie de la constipation. — An. de la Fac. de Méd. de Montevideo, n^{os} 9 et 10, novembre 1922.
- MANSSELL-MOULIN. — Iléosigmoïdostomie pour guérir la constipation invétérée. — *The Lancet*, 1909, n^o 4455.
- MAUCLAIRE. — Greffes séreuses pour péricolites et péricolites membraneuses. — *Gazette Hôp.*, n^o 79, 2 et 4 octobre 1923.
- MAYO C.-H. — Résection de la première portion du gros intestin. — *Journ. Am. Médic. Assoc.*, 8 août 1914, p. 446.
- MONPROFIT. — De la cœco-sigmoïdostomie. — 22^e Congrès de Chirurgie, 1909, et Soc. de Chir., 28 mai 1913, p. 871.
- MONZIOLS R. — Auto-vaccin dans les colites. — Soc. biol. de Lyon, 6 juillet 1925.
- NASETTI. — Arch. Ital. di chir. n^o 6. Décembre 1921. — Autoplastie de la membrane pérityphlocolique suivant Taddei.
- OKINCZYK. — Discussion sur l'iléosigmoïdostomie. — Soc. de Chir., 25 mai 1921, p. 747.
- PAPIN. — Constipation invétérée douloureuse et cœco-sigmoïdostomie. — *J. de Méd. de Bordeaux*, n^o 6, 25 mars 1925.
- Treize observations personnelles de colectomie. — *J. de Méd. de Bordeaux* 1926, n^o 11, p. 471.
- PAUCHET. — Traitement de la stase intestinale chronique. — *Paris Médical*, n^o 14, 3 avril 1920.
- PAYR. — Causes et formes de la constipation; indications opératoires dans la constipation. — Arch. f. Klin. Chir., tome CXIV, fasc. 4, 22 décembre 1920.
- POPPER. — Auto-vaccin dans les colites. — Soc. Méd. hôp. de Bucarest, janvier 1925.
- ROBINEAU. — Les indications opératoires dans la stase intestinale. — *Bulletin Médical*, n^o 18, 25 avril 1923.

SELFISCH. — Fistule cœcale, iléosigmoïdostomie, colectomie. —
D. Méd. Woch. 1925, n° 47.

SHEEN. — Colectomy for intestinal Stasis. — *Brit. Méd. Journ.*
1914, 26 décembre.

Suites — Résultats — Statistiques

BREWSTER G.-W.-W. — Right colectomy; report of nineteen cases. — *Tr. Am. Surg. M. Phila.* 1918, XXXVI, p. 165.

CLARK J.-C. — Final results in twelve cases of colectomy. —
Surg. Gynec. and Obstetr. 1916, Tome 22, p. 253.

DESMAREST et MERCIER. — Vingt cas de résection du côlon droit pour stase cœcale. — *P. M.*, samedi 22 novembre 1924.

DUVAL P. et BÉCLÈRE. — Résultats éloignés de la colectomie. *Archives des mal. de l'App. dig.*, octobre 1923, XIII, n° 5, p. 797.

DUVAL P. et J.-C. ROUX. — Les altérations du côlon droit et la constipation cœcale : les indications du traitement chirurgical et ses résultats. — *Archives des Mal. de l'App. dig.*, 1914. Tome VIII, p. 307.

FLINT E. et KEITH et autres. — Discussion on the after results of colectomy (partial and complete) performed for colon stasis. — *Proc. Roy. Soc. Méd. London* 1921-1922.

JOHNSON P.-P. — Right colectomy with special reference to the end results of a series of twelve cases. — *Boston M. and Surg. J.* 1917, CLXXVI, p. 266.

PAUCHET. — Traitement de la stase intestinale chronique : 33 anastomoses, 3 résections du gros intestin. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 22 juillet 1915.

ROUX J.-C. — Stase stercorale droite et constipation gauche. Guérison des symptômes toxiques par la résection du côlon droit. — *Arch. Mal. App. dig.*, n° 9. Novembre 1923.

SCHEEN. — Résultat éloigné de colectomie pour stase intestinale chronique. — *The Brit. Méd. Journal*, n° 3134, 22 janvier 1921.

SLESINGER. — Discussion sur les résultats éloignés de la colectomie partielle ou totale pour stase du côlon. — *Proceedings of the Royal Soc. of Méd.*, London n° 8, juin 1922.

WAUCH G.-E. — The morbid consequences of a mobile ascending colon with a record of 179 opérations. — *Brit. Journ. of Surgery*, 1920, vol. VII.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

